ADMINISTRATĪVĀ APGABALTIESA

Lieta Nr.A420260118
Lietas arhīva Nr. AA43-0805-20/8
ECLI:LV:ADAT:2020:1203.A420260118.8.S

SPRIEDUMS
Latvijas tautas vārdā

Rīgā 2020.gada 3.decembrī

Administratīvā apgabaltiesa šādā sastāvā:
tiesnese referente Irina Kaļiņina,
tiesnesis Māris Birzgalis un tiesnese Roze Paegle

rakstveida procesā izskatīja administratīvo lietu, kas ierosināta, pamatojoties uz /pers. A/ pieteikumu par atlīdzības par viņa veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu) 85 374 *euro* apmērā piešķiršanu no Ārstniecības riska fonda, sakarā ar /pers. A/ apelācijas sūdzību par Administratīvās rajona tiesas 2020.gada 28.janvāra spriedumu.

Aprakstošā daļa

[1] Pieteicējs /pers. A/ vērsās Nacionālajā veselības dienestā (turpmāk – dienests) ar lūgumu izmaksāt atlīdzību no Ārstniecības riska fonda par viņa dzīvībai vai veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu), proti, par nemateriālajiem zaudējumiem un materiālajiem zaudējumiem – ārstniecības izdevumiem, kas radušies, saņemot veselības aprūpes pakalpojumu SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" stacionārā „Gaiļezers" (turpmāk – stacionārs „Gaiļezers") laika periodā no 2016.gada 27.septembra līdz 28.septembrim un no 2016.gada 20.oktobra līdz 21.oktobrim.

Iesniegumā norādīts, ka neadekvāta aprīkojuma un implanta – injekciju adatas – lietošana nekontrolētā tehnikā, nekritiska attieksme pret ķirurģijas iznākuma izvērtēšanu (kontroles rentgenizmeklējumu, nolaidība attiecībā uz kontraktūru profilaksi un rētu terapiju) izraisījusi dominantās rokas rādītājpirksta vidus un distālās falangas neadekvātas anatomiskās attiecības gados jaunam darba strādniekam, radot nepieciešamību pēc atkārtotas ķirurģiskās iejaukšanās, pagarinot ārstēšanās un darba nespējas laiku, radot sāpes un funkcionālus ierobežojumus, apgrūtinot vai padarot neiespējamu adekvātu, savlaicīgu fizioterapiju, iespējams, neatgriezeniski ietekmējot labās plaukstas II – III pirksta funkciju, kā arī rokas funkciju un profesionālo darbību kopumā.

[2] Administratīvais process iestādē noslēdzās ar Veselības ministrijas 2018.gada 2.augusta lēmumu Nr.01-23.3/3401 (turpmāk – atteikums), ar kuru atteikts izmaksāt pieteicējam atlīdzību. Atteikums pamatots ar to, ka pacients ir saņēmis adekvātu un profesionālu medicīnisko palīdzību atbilstoši gūtajai traumai. Sekas ir saistāmas ar gūto traumas smagumu, nevis ar medicīnisko aprūpi. Attiecīgi operāciju nevar uzskatīt par neveiksmīgu, jo pirksts bija saglabāts nākamajiem rekonstrukcijas etapiem, slēdzot mīksto audu defektu, nevis amputēts. Visbiežāk locītavas pamežģījumi veidojas pēc fiksatora izņemšanas, uzsākot kustību izstrādi locītavā. Jebkurai manipulācijai un ķirurģiskai operācijai pastāv iespējamas komplikācijas. Sekundārs pamežģījums ir viens no šādu komplikāciju veidiem. Ja ergoterapija nav veikta, tad kontraktūras ir dabīgas bioloģisko dzīšanas faktoru ietekmes konsekvences. Iestāde nav guvusi pierādījumus tam, ka ārstniecības personas manipulācijas būtu veikušas neatbilstoši un tas būtu pacientam radījis kaitējumu.

[3] Pieteikumā par atlīdzinājumu pieteicējs argumentē turpmāko.

[3.1] Atbildētāja nav vērtējusi, vai slimnīca ir darījusi visu, lai netiktu nodarīts kaitējums pieteicējam, vai tika ievērotas visas medicīnisko manipulāciju vadlīnijas un piemērotas pareizas ārstēšanas metodes, kas varēja novērst faktu, ka pieteicējam tika nodarīts kaitējums veselībai.

[3.2] Atsakot atlīdzinājuma piešķiršanu, atbildētāja ir pieļāvusi tiesiskās paļāvības principa pārkāpumu. Atteikumā nav norādīts, kāds tiešs cēloniskais sakars bija starp pieteicēja darbībām vai bezdarbību, kas dod tiesības atbildētājai vai atzinumu sniedzējam uzskatīt, ka atlīdzība nepienākas. Veselības inspekcijas (turpmāk – inspekcija) atzinums nav dokuments, ar kuru tiktu noskaidrots, kādi bija patiesie apstākļi un vai tiešām pieteicējam nav nodarīts kaitējums.

[3.3] Pieteicējs 2016.gada 27.septembrī guva labās plaukstas rādītājpirksta traumu, ielaižot roku elektriskajā ēvelē. Rezultātā tika izrauti rādītājpirksta mīkstie audi, atliecēja cīpsla, skarta locītava pirksta mugurējā daļā. Ķirurgs veica

bojājuma tipam atbilstošu cīpslas atjaunošanu. Imobilizējot traumējošā aģenta skarto locītavu ar implanta palīdzību (pārejoša kustību izslēgšana locītavā šādos gadījumos padara iespējamu cīpslu un segaudu sadzīšanu), ārsts implanta ievadīšanai nav lietojis speciālo urbi, bet izlīdzējies ar pie rokas esošu uz vietas pielāgotu aprīkojumu. Imobilizācijai izmantots nevis nelielu kaulu savienošanai paredzēts speciālais stienis, bet injekciju šļirces adata, ko parasti gatavo no mīkstāka materiāla un kas tiek konstruēta mīksto audu, nevis kaulu perforācijai. Nostiprinot locītavu aprakstītajā veidā, tiek pielietots ievērojams, iespējams, pat pārmērīgs spēks, ko ir grūti kontrolēt, līdz ar to ir notikusi iepriekš salāgoto, trauslo pirksta elementu nobīde, kas nav pamanīta un novērsta operācijas laikā vai agrīnā pēcoperācijas periodā, kad situācija varētu vēl būt ķirurģiski labojama. Kontroles rentgena izmeklējumi nav veikti. Locītavu veidojošo kaulu nobīde atklāta tikai tad, kad situācija vairs nebija labojama, un vēlāk citā iestādē veiktajā operācijā locītava tika slēgta. Rezultātā pieteicējs zaudēja labās rokas rādītājpirksta gala kustīgumu, turklāt pagarinājās ārstēšanās ilgums, nebija iespējams pielietot atbilstošu fizioterapiju, kas negatīvi ietekmēja rokas funkciju kopumā.

[3.4] Iestādes, kas vērtējušas atlīdzības prasījuma pieteikumu un bijušas iesaistītas apstrīdēšanas procesā, nav veikušas savu neatkarīgu ekspertīzi, bet aprobežojās ar potenciāli atbildīgās iestādes ārstu paskaidrojumiem, kas noliedza savu atbildību.

Iestādes nav kritiski vērtējušas ārstu paskaidrojumus. Ekspertīzes procesā nav piesaistīti nozares lietpratēji. Atzinuma secinājumi nav pamatoti ar ekspertu apsvērumiem un autentisku literatūras un pasaules prakses analīzi. Eksperti nav noteikuši, kāds konkrēti implants pielietots pieteicējam izdarītajā ķirurģiskajā procedūrā un vai ražotājs pieļauj izmantot šo produktu ievadei kaulos un kaulu fiksēšanai.

[3.5] Pieteicējs uzskata, ka atbilstoši Ministru kabineta 2013.gada 5.novembra noteikumos Nr.1268 „Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi" (turpmāk – noteikumi Nr.1268) paredzētajam viņam ir tiesības uz atlīdzību līdz 70 % sakarā ar to, ka ir nodarīts kaitējums pieteicēja labajai rokai – ķirurgs operācijas laikā nepareizi nostiprinājis locītavu un pielietojis neatbilstošu implantu.

[4] Ar Administratīvās rajona tiesas spriedumu pieteicēja pieteikums noraidīts. Spriedums pamatots ar turpmāk minētajiem argumentiem.

[4.1] No Pacientu tiesību likuma 16.panta pirmā daļas un Noteikumu Nr.1268 normām izriet, ka gadījumā, ja tiek konstatēts fakts, ka ārstniecības iestādē strādājošās ārstniecības personas ar savu darbību vai bezdarbību ārstniecības laikā pacienta dzīvībai vai veselībai ir nodarījušas kaitējumu (arī morālo kaitējumu), vienlaikus konstatējot cēloņsakarību starp kaitējuma nodarīšanas faktu un ārstniecības personas veikto darbību vai bezdarbību ārstniecības procesā, pacientam ir tiesības uz atlīdzību.

[4.2] Inspekcijas 2018.gada 22.janvāra atzinumā Nr.5671/465/2.2.1-17 (turpmāk – atzinums) konstatēts, ka pieteicējs 2016.gada 27.septembrī guva traumu – ēvelētu brūci labās plaukstas II pirkstā ar ekstenzoru cīpslas, kaula, ādas un zemādas audu bojājumu.

Pacienta veselības aprūpi SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" 2016.gada 27.septembrī nodrošināja sertificēts rokas un plastikas ķirurgs /pers. D/. Ārsts /pers. D/ veica pirksta rekonstrukciju, jo pieteicējs vēlējās saglabāt pirksta galu un distālo starpfalangu locītavu. Pieteicējam veikta nekrektomija, fiksēta distālā starpfalangu locītava (turpmāk – DIP) ar stiepli/adatu, veikta atliecējcīpslas rekonstrukcija, mīksto audu defekts slēgts ar *crosfinger* lēveri no blakus pirksta, veikta autodermoplastika. Šāda bojājuma gadījumā klasiskā pieeja primārajā etapā ir mīksto audu seguma atjaunošana/saglabāšana ar bojātās cīpslas rekonstrukciju un locītavas stabilizāciju, lai saglabātu pirkstu nākošajiem rekonstruktīvās ārstēšanas posmiem. Nākamajā operācijas etapā pieteicējam veikta *crossfinger* lēvera atdalīšana, stieple netika evakuēta.

Inspekcija secināja, ka minētais ārstēšanas posms veikts atbilstoši paredzētajam pirksta rekonstrukcijas plānam. Pēc stieples evakuācijas no DIP nozīmēta ergoterapijas uzsākšana rokai. Nozīmēta kontrole pēc divām nedēļām. Apskatē pēc mēneša konstatēts, ka pēc stieples evakuācijas pacientam attīstījusies sekundāra II pirksta DIP subluksācija, šā iemesla dēļ nav iespējams iegūt atbilstošu kustību apjomu un ir sāpes kustību brīdī. Pieteicējam rekomendēta operācija – DIP repozīcija un atkārtota fiksācija vai, ja tas nav iespējams, tad DIP artrodēze. Tomēr pieteicējs vairāk pie ārsta /pers. D/ nav vērsies.

2017.gada 1.novembrī plastikas ķirurgs /pers. D/ inspekcijai sniedza paskaidrojumu, kurā norādīja, ka, respektējot pieteicēja vēlmi, ārsts nolēma veikt pirksta rekonstrukciju, visas operācijas veiktas savlaicīgi un veikt šāda veida pirksta rekonstrukciju īsākā laika posmā nav iespējams. Minētajā paskaidrojumā ārsts norādīja, ka pieteicējam jau sākumā piedāvāta DIP artrodēze, no kuras pieteicējs atteicies. Pieteicējs arī atteicies pabeigt ārstēšanu (*lietas 1.sējuma 96.lapa*).

Ar stacionāra „Gaiļezers" galvenā ārsta 2017.gada 24.oktobra rīkojumu Nr.1.7-01/17/16, lai izvērtētu pieteicējam sniegtās veselības aprūpes kvalitāti, kaitējuma esību vai neesību, iespējamo kaitējuma apmēru, kā arī iesniegtu viedokli inspekcijai, apstiprināta sniegtās veselības aprūpes kvalitātes izvērtēšanas komisija (*lietas 1.sējuma 125.lapa*). Minētās komisijas sastāvā iekļauti Traumatoloģijas un ortopēdijas klīnikas vadītājs un traumatologs, proti, /pers. E/ un /pers. F/, kā arī Rokas un plastiskās ķirurģijas nodaļas vadītājs un traumatologs, proti, /pers. G/ un /pers. H/. 2017.gada 2.novembra komisijas atzinumā „Par pacienta /pers. A/ ārstēšanu" konstatēts, ka pieteicējs ir saņēmis adekvātu un profesionālu medicīnisko palīdzību atbilstoši gūtajai traumai, kā arī secināts, ka sekas ir saistāmas ar gūto traumas smagumu, nevis medicīnisko aprūpi (*lietas 1.sējuma 126.–128.lapa*).

Inspekcija ir izvērtējusi pieteicēja medicīnisko dokumentāciju, ārsta /pers. D/ paskaidrojumu, pieteicēja pārstāvja /pers. I/ iesniegumu (*lietas 1.sējuma 45.–46.lapa*), kā arī SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" 2017.gada

2.novembra komisijas atzinumu „Par pacienta /pers. A/ ārstēšanu".

Tiesa konstatēja, ka atzinumā ir izvērtēti abu pušu viedokļi. Inspekcijas atzinumu sagatavo sertificēti ārsti eksperti, kuri izvērtēja visu pieteicējam sniegto veselības aprūpes pakalpojumu dokumentāciju un pierādījumus un, pamatojoties uz tiem, sagatavoja atzinumu. Atzinumā norādītās ziņas atbilst medicīniskajos dokumentos fiksētajiem datiem par pieteicēja veselības stāvokli, konstatētajām diagnozēm un veiktajai ārstēšanai. Tiesa nav konstatējusi apstākļus, kas būtu pamats inspekcijas atzinuma apšaubīšanai un kaitējuma pieteicēja veselības aprūpē stacionārā „Gaiļezers" konstatēšanai.

[4.3] Pieteicēja veselības aprūpi SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" 2016.gada 27.septembrī nodrošināja sertificēts rokas un plastikas ķirurgs /pers. D/.

2016.gada 27.septembrī pieteicējs parakstījis piekrišanu izmeklēšanai vispārējā anestēzijā vai operācijai, kurā pieteicējs ar savu parakstu cita starpā apliecinājis, ka ir saņēmis no ārsta paskaidrojumu par slimības būtību, izskaidrojumu par izmeklēšanas vai operācijas paredzamo apjomu un tās risku, kā arī iespējamajām operācijas un anestēzijas komplikācijām un sekām. Pēc pieteicējam sniegtajiem paskaidrojumiem pieteicējs piekritis sevis izmeklēšanai vai ķirurģiskai ārstēšanai (operācijai) atbilstoši ārsta ieteikumiem (*lietas 1.sējuma 162.lapa*).

No operācijas apraksta konstatējams, ka 2016.gada 27.septembrī pieteicējam veikta operācija „Defekta slēgšana, cīpslas plastika", operācijas aprakstā cita starpā norādīts, ka veikta nekrektomija; veikta cīpslas rekonstrukcija, paņemot cīpslas transplantātu, to rotē un šuj transosāli; ievadīta injekcijas adata DIP; mīksto audu defekts slēgts ar detalizētu *krosamir* lēveri no blakus pirksta (*lietas 1.sējuma 165.lapa*).

Stacionāra „Gaiļezers" izrakstā-epikrīzē no pacienta medicīniskās kartes Nr.53325-2016 norādīts, ka pieteicējs iestājies slimnīcā 2016.gada 27.septembrī, izrakstījies 28.septembrī. Izrakstā norādīts, ka veikta atliecējcīpslas plastika, fiksēta DIP ar stiepli, defekts slēgts ar *crosfinger* lēveri no blakus pirksta, autodermoplastika. Rekomendāciju 4.punktā norādīts, ka pēc trīs nedēļām ieplānot *crosfinger* lēvera atdalīšanas operāciju, savukārt pēc divām nedēļām kontrole pie mikroķirurga (*lietas 1.sējuma 173.lapa*).

2016.gada 12.oktobra apskatē ārsts /pers. D/ konstatējis, ka brūces sadzijušas, II un III pirkstiem sindaktīlija, stieples vieta tīra, noņemtas ādas šuves (*lietas 2.sējuma 53., 56.lapa*).

2016.gada 20.oktobra operācijas aprakstā norādīts, ka II pirkstam ir DIP fiksēta Kiršnera stieple, indicēta operācija – lēvera atdalīšana. Operācijas aprakstā cita starpā norādīts, ka veikta lēvera atdalīšana, donora vieta slēgta ar lokāli virzītu lēveri; II pirksta kontūru rediģē, mobilizē ar *crosfinger* lēveri, Kiršnera stiepli atstāj (*lietas 1.sējuma 185.lapa*).

Stacionāra „Gaiļezers" izrakstā-epikrīzē pacienta medicīniskās kartes Nr.57903-2016 rekomendāciju 6.punktā norādīts: „II pirksta DIP locītavā kustības uzsākt pēc stieples evakuācijas, pārējos pirkstos kustību izstrāde pie ergoterapeita jau pēc operācijas" (*lietas 1.sējuma 191.lapa*).

2016.gada 9.novembrī ārsts /pers. D/ veicis apskati, apskatot brūces, ārsts konstatējis, ka brūces ir sadzijušas, evakuēta stieple, ārsts norādījis, ka nepieciešama kustību izstrāde pie ergoterapeita (*lietas 2.sējuma 54.,57.lapa*).

SIA /Nosaukums B/ Rehabilitācijas nodaļas 2017.gada 17.februāra izrakstā norādīts, ka rehabilitācijas kurss uzsākts 2016.gada 16.novembrī (*lietas 2.sējuma 73.lapa*), rehabilitācijas plāns sastādīts 2016.gada 15.novembrī (*lietas 2.sējuma 81.lapa*).

2016.gada 14.decembra apskatē ārsts /pers. D/ konstatēja II pirksta DIP subluksāciju (*lietas 2.sējuma 55., 58.lapa*).

Pieteicējs tālāko ārstēšanos izvēlējās veikt citā ārstniecības iestādē. 2017.gada 10.janvārī plastikas un rokas ķirurgs /pers. J/ veica apskati, kuras laikā konstatēts, ka 2016.gada 27.septembrī gūta trauma, veikta akūtā kārtā operatīva terapija (LPRMC), kur izdarīta atliecējcīpslas plastika, mīksto audu slēgšana ar lēverīti no III pirksta un II pirksta DIP fiksācija. Pēc tam atdalīts *crossfingera* lēverītis, pēc tam uzsākta rehabilitācija. Pēc stieples izņemšanas ir bijušas sāpes, un tāpēc veica Rtg (rentgena izmeklējums), kur atrod, ka DIP ir dorsāla dislokācija. Tūska un sāpes tagad ir mazinājušās, bet nav pilnvērtīgas funkcijas. Vēlas uzzināt ārstēšanas taktiku (*lietas 1.sējuma 140.lapa*).

[4.4] Kā redzams no medicīniskajā dokumentācijā norādītā, 2016.gada 14.decembrī pieteicējam konstatēta labās rokas II pirksta distālās starpfalangu locītavas subluksācija. Pieteikumā norādīts, ka 2016.gada 27.septembrī ķirurgs veicis bojājuma tipam atbilstošu cīpslas atjaunošanu, pielietojot cīpslas pārstādīšanu no plaukstas pamatnes, bet pieteicējs uzskata, ka ķirurga izvēlētā ārstēšanas metode nav bijusi pareiza, jo pielietots nepiemērots implants un aprīkojums.

[4.5] Pacientu tiesību aizsardzības likuma 5.panta pirmā daļa noteic, ka katrai personai Ārstniecības likumā noteiktajā kārtībā ir tiesības saņemt veselības stāvoklim atbilstošu ārstniecību. Atbilstoši minēta panta sestajā daļā noteiktajam, ja ārstniecības iespējas ir ierobežotas vai pieļaujama vairāku veidu ārstniecība, pacientam ir tiesības uz ārsta profesionāli izdarītu izvēli, kuras pamatā ir uz pierādījumiem balstīti medicīniskie kritēriji.

No Ārstniecības likuma 37.panta pirmās daļas izriet, ka ārsts, veicot ārstniecību, ar zinātniski pamatotu medicīnisko darbību tieši vai netieši iedarbojas uz cilvēku. Ārstniecības likuma 38.pants noteic, ka savā profesionālajā darbībā ārsts ir brīvs.

Saskaņā ar Ārstniecības likuma 9.[1]panta pirmo daļu ārstniecību veic atbilstoši klīniskajām vadlīnijām vai ārstniecībā izmantojamo metožu un zāļu lietošanas drošības un ārstēšanas efektivitātes novērtējumam, kas veikts, ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principus.

Ievērojot minēto, ārsta uzdevums, pacientam ierodoties pie ārsta ar traumu – ēvelētu brūci labās plaukstas II pirkstā ar ekstenzoru cīpslas, kaula, ādas un zemādas audu bojājumu, ir noteikt atbilstošu ārstēšanu. Lai atzītu, ka ārsts konkrētajā ārstniecības procesā, izvēloties operācijas veidu un ārstēšanas metodi, ar savu darbību vai bezdarbību ir nodarījis kaitējumu personas dzīvībai vai veselībai, jākonstatē, ka ārsts ārstniecības procesā ir pārkāpis klīniskās vadlīnijas

vai uz pierādījumiem balstītus medicīnas principus.

Tiesa konstatēja, ka Reģistrēto klīnisko vadlīniju datubāzē (*http://www.vmnvd.gov.lv*) nav reģistrētas klīniskās vadlīnijas pirksta rekonstrukcijas veikšanai.

[4.6] Tiesas sēdē, nopratināts kā liecinieks, ārsts /pers. D/ liecināja, ka šādās operācijās primārais uzdevums ir atjaunot mīkstos audus, lai saglabātu pirkstu, un cīpslas rekonstrukcija principā ir otrs etaps. Šajā gadījumā tika veikta arī cīpslas rekonstrukcija vienā etapā, jo šajā lokalizācijā mīksto audu rekonstrukcijas ir ļoti grūti veicamas, jo nav daudz iespēju pārstādīt audus. Tika izvēlēta drošākā metode, kas ir *crossfinger* lēveris no blakus pirksta, kam pacients arī piekritis. Traumas rezultātā locītava ir nestabila, parasti implants tiek ievadīts ar urbi, bet neatceras, kā tas veikts šajā gadījumā. Saistībā ar adatas vai stieples izmantošanu liecinieks liecināja, ka visa literatūra, kas tiek izmantota praksē, ir angļu valodā. Ir termins *needle fixation* (adatas fiksācija), bet ar to parasti saprot stieples fiksāciju. Liecinieks pieļauj, ka šādi arī ir veidojusies interpretācija, ka ir fiksēts ar adatu. Arī stieple vienmēr tiek nokniebta, lai varētu vieglāk evakuēt. Ārsts katrā gadījumā izvērtē, veikt stabilizāciju ar urbi vai ar spēku, tas ir ļoti individuāli. Katra ārsta praksē tam ir savādāka pieeja, parasti to dara ar urbi. Apstākļus saistībā ar naga falangas mežģījumu neatceras, no atkārtotas ārstēšanas pacients atteicās. Locītava pēc traumas bija nestabila, un mežģījums varēja izveidoties jebkurā brīdī. Tāpēc arī tika piedāvāta artrodēze kā prognozējams risinājums. Ar visiem pacientiem tiek izrunāta operācijas būtība, iespējamie riski un komplikācijas. Bija diskusija par to, kādu ārstēšanas taktiku izvēlēties. Trauma nosaka to, kāds būs ārstēšanās rezultāts. Attiecībā uz injekcijas adatas vai stieples izmantošanu liecinieks liecināja, ka nav zinātniski pamatotu pierādījumu, ka būtu atšķirība starp šīm abām metodēm. Arī citās valstīs, kurās liecinieks ir mācījies un strādājis, tiek izmantotas abas metodes. Mērķis ir nofiksēt locītavu, un, kādā veidā to izdarīt – tam nav nozīmes. Šajā gadījumā rentgens nebija nepieciešams, jo locītavas stabilizēšanu varēja izdarīt tiešā redzes kontrolē. Medicīnā nav datu, ka fiksēšanā izmantotais metāla veids kaut kādā veidā ietekmētu ārstēšanas rezultātu. Tas ir tikai termins. Liecinieks nepieļauj iespēju, ka pirksta mežģījums veikts, ievadot adatu.

Liecinieks /pers. G/ tiesas sēdē liecināja, ka tika iekļauts komisijas sastāvā, kas veica pieteicēja ārstēšanas izvērtēšanu. Ārstēšanas izvērtēšana tika veikta pēc iesniegtās dokumentācijas, tika ņemta vērā medicīniskā literatūra. Komisijas secinājumā bija rakstīts, ka nav nozīmes, kāds implants tika lietots – adata vai stieple, abi divi tiek lietoti pasaules praksē un arī literatūrā. Lieciniekam nav iespējas izvērtēt, kas konkrētajā gadījumā tika lietots. Šajā gadījumā ķirurgs izvēlējās slēgt defektu un stabilizēt locītavu. Par to, vajag vai nevajag rekonstruēt cīpslu pirmajā etapā, tika atbildēts slēdzienā. Nav tādu konkrētu vadlīniju vai rekomendāciju, dažādi ārsti liks dažādu prioritāti, jo ir konservatīvāki un ir arī agresīvāki ķirurgi. Ārstējošais ārsts izvērtē, cik etapos šādas operācijas tiek veiktas. Pieteicējam nebija mežģījuma, bet gan pamežģījums – subluksācija. Tās ir divas dažādas, medicīniski radikāli atšķirīgas lietas. Liecinieks nepiekrīt viedoklim, ka izveidojies pamežģījums varēja rasties, nepareizi ievietojot implantu ar spēka paņēmienu bez rentgena. Iznākums nav atkarīgs no rentgena uzņēmuma. Tur ir subluksācija, un nestabila jau tā ir pēc būtības. Nav veikti injekciju adatas un Kiršnera stieples salīdzinoši pētījumi.

Liecinieks /pers. H/ tiesas sēdē liecināja, ka ir Rokas un mikroķirurģijas asociācijas prezidents, savukārt /pers. G/ ir šīs asociācijas viceprezidents. Liecinieks /pers. H/ liecināja, ka tika iekļauts komisijas sastāvā, kas veica pieteicēja ārstēšanas izvērtēšanu. Trauma bija labās rokas II pirksts, dorsālās puses mīksto audu defekts ar cīpslas defektu un locītavas bojājums. Katrs gadījums ir jāskata individuāli. Nav tā, ka pastāv kāds noteikts standarts, ka pie dragāta ievainojuma ar mīksto audu defektu būtu konkrēts veids, kādā to izārstēt. Cīpslas rekonstrukcijas operācija ir sarežģīta, jo tā ir cīpslas piestiprināšana pie kaula. Traumas mehānisms nosaka operācijas iznākumu. Jo vairāk struktūras jārekonstruē, jo mazāk prognozējams rezultāts un ilgums, cik ilgi var notikt rehabilitācija. Attiecībā par injekciju adatas vai stieples izmantošanu liecinieks liecināja, ka pie locītavas fiksācijas, it īpaši distālas interfalangeālas locītavas fiksācijas, liecinieks nereti lieto šo metodi, kad ar injekcijas adatu fiksē locītavu, redzes kontrolē noliekot locītavu vietā un lēnām ieurbinot viņu iekšā. Sekundāri radušos pamežģījumu pēc stieples evakuācijas liecinieks izskaidro ar to, ka rekonstrukcija bija sarežģīta. Cīpslas transplantāta garums nav uzreiz akūtā operācijā perfekti noliekams. Līdz ar to, nokrītoties tūskai, izņemot stiepli, šāda subluksācija ir iespējama. Veikt kontroles rentgenogrammu nav ne pareizi, ne nepareizi. Sertificētā ārsta izvēle ir, vai viņš izmanto urbi ar Kiršnera stiepli, vai viņš izmanto adatu, cirklāžu, skrūvi, skavas. Osteosintēzes vai locītavas fiksācijai ir ļoti daudz dažādu metožu, un viena no tām ir fiksācija ar adatu.

[4.7] Izvērtējot liecinieku liecības, tiesa atzina, ka nav pamata apšaubīt ārsta /pers. D/ izvēlētās operācijas veida un ārstēšanas metodes pamatotību. Tas, vai konkrētajā gadījumā bija iespējams izmantot citu ārstēšanas metodi, ir ārstējošā ārsta profesionālā izvēle.

Turklāt pieteicēja medicīniskajā dokumentācijā tiek norādīts, ka konkrētajā gadījumā izmantota kā injekciju adata, tā stieple un Kiršnera stieple. Kā izriet no liecinieku liecībām, nav izšķirošas nozīmes tam, kāds implants tika pielietots konkrētajā gadījumā. Tāpat katrā gadījumā ārstējošais ārsts izvērtē, veikt stabilizāciju ar urbi vai ar spēku. Komisijas atzinumā izmantotajā publikācijā „*Emergency finger fractures – an easy fix*" norādīts, ka daudzi ķirurgi ir lietojuši vienkāršas zemādas adatas, saliecot galu viegli uz priekšu attiecībā pret adatas garo asi tā, lai to varētu ievadīt taisni. Diemžēl sakarā ar jaunu vīriešu kaulu cietumu un nedaudz nedrošu plastmasas adatas stiprinājumu pie plastmasas šļirces dažus lūzumus reizēm var būt sarežģīti efektīvi tapot (*lietas 2.sējuma 36.lapa, tulkojums no angļu valodas lietas 2.sējuma 37.lapa*). Tātad no minētajā publikācijā norādītā secināms, ka šādas metodes izmantošana reizēm var būt sarežģīta, bet tas nenozīmē, ka šāda metode vispār nav izmantojama situācijās, kāda tā bija pieteicēja gadījumā.

[4.8] Nav uzskatāms par pamatotu pieteicēja pieteikumā izvirzītais arguments, ka locītavas pamežģījums ir izveidojies 2016.gada 27.septembrī ārsta /pers. D/ veiktās operācijas laikā.

2016.gada 29.decembra vēstulē pieteicējs savam pārstāvim /pers. I/ norādījis, ka pēc operācijas un ergoterapijas

laikā atklājies, ka II pirksta galā kauls izgājis no vietas (*lietas 1.sējuma 18.lapa*). Lietas materiālos atrodas pieteicēja 2019.gada 6.janvāra paskaidrojums savam pārstāvim /pers. I/, kurā pieteicējs norādījis, ka par pirksta izskatu uztraucies jau pirmajā pārsiešanā pēc operācijas (*lietas 1.sējuma 150.–150.lapa*). Tiesa pieteicēja vēlāk sniegtajā paskaidrojumā norādīto vērtē kritiski, jo tas sniegts jau tiesvedības laikā un lielāka ticamība piešķirama neilgi pēc notikuma norādītajam.

Stieple pieteicējam tika evakuēta 2016.gada 9.novembrī, 2016.gada 16.novembrī tika uzsākts rehabilitācijas kurss, savukārt rentgena uzņēmums pieteicējam veikts 2019.gada 28.novembrī. Izvērtējot iepriekš minēto, nav pamata uzskatīt, ka locītavas pamežģījums ir izveidojies 2016.gada 27.septembrī veiktās operācijas laikā.

Atteikumā norādīts, ka visbiežāk locītavas pamežģījumi veidojas pēc fiksatora izņemšanas, uzsākot kustību izstrādi locītavā. Jebkurai manipulācijai un ķirurģiskai operācijai pastāv iespējamas komplikācijas. Sekundārs pamežģījums ir viens no šādu komplikāciju veidiem. Pieteicējs nav norādījis uz tādiem apstākļiem, kas varētu būt par pamatu iepriekš minētā secinājuma apšaubīšanai.

Tāpat pieteicēja pārstāvis nepamatoti norāda, ka medicīniskajos dokumentos laika periodā no 2016.gada 28.septembra līdz 15.novembrim nav norāžu par pēcoperācijas rehabilitācijas stratēģijas esību.

No lietas materiāliem konstatējams, ka pieteicējs pie rehabilitologa vērsies tikai 2016.gada 15.novembrī, kurš arī sastāda individuālo rehabilitācijas plānu. Kā redzams no medicīniskās dokumentācijas, ārsts /pers. D/ pēc 2016.gada 20.oktobra operācijas rekomendācijās ir norādījis: „II pirksta DIP locītavā kustības uzsākt pēc stieples evakuācijas, pārējos pirkstos kustību izstrāde pie ergoterapeita jau pēc operācijas", kā arī 2016.gada 9.novembrī pēc stieples evakuācijas ārsts /pers. D/ ir norādījis, ka nepieciešama kustību izstrāde pie ergoterapeita. Savukārt pienākums ievērot ārstniecības personu norādījumus izriet no ārstniecības līguma ar pacientu (*lietas 1.sējuma 158.lapa*).

Tāpat pieteicējs 2019.gada 29.oktobra tiesas sēdē paskaidroja, ka ārsts pirms operācijas veikšanas informējis par iespējamiem ārstēšanas variantiem (amputāciju, locītavas fiksēšanu un atjaunošanu), pieteicējs vēlējies, lai pirksta funkcija tiktu atjaunota. No lietas materiāliem redzams, ka 2016.gada 27.septembrī pieteicējs parakstījis piekrišanu.

[4.9] Pacientu tiesību likuma 5.panta sestā daļa paredz pacienta tiesības uz ārsta profesionāli izdarītu izvēli, ja ārstniecības iespējas ir ierobežotas vai pieļaujama vairāku veidu ārstniecība.

Apkopojot tiesas rīcībā esošo informāciju, secināms, ka izskatāmajā gadījumā nepastāv kāda konkrēta pareiza ārstniecībā izmantojamā metode, līdz ar to konkrētajā gadījumā izvēlētā ārstēšanas metode ir ārsta profesionāli izdarīta izvēle.

Lietā nav iegūts apstiprinājums, ka pieteicējam kaitējums radies ārsta darbības, bezdarbības vai izvēlētās ārstniecības metodes rezultātā, kā arī lietā nav iegūti pierādījumi, ka, izvēloties citu ārstniecības metodi, kaitējums pieteicējam būtu mazāks un rezultāts būtu citādāks. Turklāt atbilstoši Pacientu tiesību likuma 6.panta ceturtajai daļai pacientam ir tiesības atteikties no ārstniecības pirms tās uzsākšanas, no ārstniecībā izmantojamās metodes, neatsakoties no ārstniecības kopumā, vai atteikties no ārstniecības tās laikā.

Kā izriet no lietas materiāliem pieteicējs no ārsta izvēlētās ārstniecības metodes nav atteicies un ar savu parakstu cita starpā apliecinājis, ka ir saņēmis no ārsta paskaidrojumu par slimības būtību, izskaidrojumu par izmeklēšanas vai operācijas paredzamo apjomu un tās risku, kā arī iespējamām operācijas un anestēzijas komplikācijām un sekām. Pēc pieteicējam sniegtajiem paskaidrojumiem pieteicējs piekritis sevis izmeklēšanai vai ķirurģiskai ārstēšanai (operācijai) atbilstoši minētā ārsta ieteikumiem (*lietas 1.sējuma 162.lapa*).

Pamatojoties uz minēto, tiesa atzina, ka pieteicējam pamatoti atteikts atlīdzinājums no Ārstniecības riska fonda, jo lietā nav konstatējama kaitējuma esība, pieteicējam saņemot veselības aprūpes pakalpojumu stacionārā „Gaiļezers" laika periodā no 2016.gada 27.septembra līdz 21.oktobrim.

[5] Par Administratīvās rajona tiesas spriedumu pieteicējs iesniedza apelācijas sūdzību, kurā uzskata pirmās instances tiesas spriedumu par nepamatotu un papildus pieteikumā norādītajam argumentē turpmāko.

[5.1] Tiesa nepamatoti nav vērtējusi faktu, ka pieteicējam nav bijusi tik smagi bojāta distālā starpfalangu locītava, lai varētu uzskatīt, ka tās funkcionalitāte nebūs atjaunojama.

[5.2] Tiesa nav vērtējusi pieteicējam ievietotā implanta – injekciju adatas – atbilstību Eiropas Savienības un Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem.

[5.3] Tiesa nav veikusi pieteicēja rehabilitācijas dokumentu secīgu analīzi un salīdzināšanu ar rokas terapijas pamatnostādnēm.

[5.4] Tiesa nav vērtējusi pieteicēja gūtajā ievainojumā notikušo strukturālo bojājumu atbilstību lietā esošajiem pierādījumiem – aprakstiem, rentgenogrammām un fotogrāfijām.

[6] Paskaidrojumā Veselības ministrija un inspekcija apelācijas sūdzību uzskata par nepamatotu, savukārt pirmās instances tiesas spriedumu atzīst par tiesisku un pamatotu.

Motīvu daļa

[7] Pieteicējs lūdz lietu izskatīt mutvārdu procesā. Izvērtējot izteiktā lūguma pamatojumu, norādāms turpmākais.

Kā atzīts judikatūrā, lietas izskatīšana tiesas sēdē ir lietderīga gadījumos, kuros no lietā esošajiem dokumentiem nevar gūt pilnīgu priekšstatu par izskatāmo jautājumu. Šādos apstākļos personu uzklausīšana tiesas sēdē var sekmēt pareizu izskatāmā jautājuma izlemšanu. Savukārt, ja lietas materiāli ir pietiekami izskatāmā jautājuma izlemšanai, tad mutvārdu

process parasti nav lietderīgs (*Senāta 2014.gada 6.februāra sprieduma lietā Nr.SKA 0034-14 6.punkts*).

Apgabaltiesa norāda, ka rakstveida procesā lietas dalībniekiem tiek nodrošināts tāds pats tiesību apjoms kā mutvārdu procesā, arī tiesības pieteikt lūgumus, izteikt viedokli vai iesniegt pierādījumus, līdz ar to procesa veids nevar ietekmēt lietas dalībnieku procesuālās tiesības. Turklāt konstatējams, ka lieta mutvārdu procesā tiesas sēdēs tika izskatīta pirmās instances tiesā, sniedzot iespēju lietas dalībniekiem izteikt savus apsvērumus gan par tiesiskajiem, gan faktiskajiem lietas apstākļiem.

Tādējādi, ja apelācijas instances tiesā procesa dalībnieku mutvārdu uzklausīšana nav nepieciešama, lietu var izskatīt rakstveida procesā neatkarīgi no procesa dalībnieku vēlmēm (*Senāta 2016.gada 13.oktobra lēmuma lietā Nr.SKA-989/2016 6.punkts*).

Novērtējot lietas materiālus, Administratīvā apgabaltiesa nekonstatē nepieciešamību konkrēto lietu apelācijas instances tiesā skatīt mutvārdu procesā, jo lietā iesniegto dokumentu saturs un apjoms ļauj lietu vispusīgi, pilnvērtīgi un objektīvi izskatīt rakstveida procesā.

[8] Kā izriet no pieteicēja atlīdzinājuma iesnieguma dienestam, veselības aprūpē stacionārā „Gaiļezers" laika periodā no 2016.gada 27.septembra līdz 28.septembrim un no 2016.gada 20.oktobra līdz 21.oktobrim ticis nodarīts kaitējums viņa veselībai (*lietas 1.sējuma 45.lapa*).

No Pacientu tiesību likuma 16.panta pirmās daļas secināms, ka pacientam ir tiesības uz atlīdzību par viņa veselībai vai dzīvībai nodarīto kaitējumu, kuru ar savu darbību vai bezdarbību nodarījušas ārstniecības iestādē strādājošās ārstniecības personas.

Tādējādi, lai konstatētu pacienta tiesības uz atlīdzību par viņa veselībai vai dzīvībai nodarīto kaitējumu, vispirms jākonstatē kaitējums (tostarp veselības stāvokļa atgriezeniska vai neatgriezeniska pasliktināšanās), ārstniecības personas noteikta darbība vai bezdarbība un cēloņsakarība starp kaitējuma nodarīšanas faktu un ārstniecības personas veikto darbību vai bezdarbību ārstniecības procesā. Pēc cēloņsakarības konstatēšanas nosakāms nodarītā kaitējuma apmērs, izvērtējot noteikumu Nr.1268 9.punktā noteiktos kritērijus.

[9] Lietā konstatējams, ka pieteicējs sakarā ar gūto labās plaukstas rādītājpirksta traumu 2016.gada 27.septembrī iestājies stacionārā „Gaiļezers", kur viņam tika sniegta neatliekamā medicīniskā palīdzība – veikta atliecējcīpslas plastika, fiksēta distālā DIP falangeālā locītava, defekts slēgts ar *crosfinger* lēveri no blakus pirksta, veikta autodermoplastika, no stacionāra „Gaiļezers" pieteicējs izrakstīts 2016.gada 28.septembrī. Izrakstā rekomendāciju sadaļas 4.punktā norādīts, ka pēc trīs nedēļām ieplānot *crosfinger* lēvera atdalīšanas operāciju, savukārt pēc divām nedēļām jāveic kontrole pie mikroķirurga (*lietas 1.sējuma 173.lapa*).

2016.gada 20.oktobrī pieteicējam veikta otrā operācija, kuras laikā tika veikta lēvera atdalīšana, donora vietas slēgšana ar lokāli virzītu lēveri; rediģēta II pirksta kontūra, mobilizējot ar *crosfinger* lēveri (*lietas 1.sējuma 185.lapa*). Stacionāra „Gaiļezers" izrakstā-epikrīzē no pacienta medicīniskās kartes Nr.57903-2016 rekomendāciju 6.punktā noteikts, ka II pirksta DIP locītavā kustības uzsākt pēc stieples evakuācijas, pārējos pirkstos kustību izstrādi veikt pie ergoterapeita jau pēc operācijas (*lietas 1.sējuma 191.lapa*).

[10] Administratīvā apgabaltiesa, izvērtējot administratīvā procesa dalībnieku izvirzīto argumentu pamatojumu kopsakarā ar lietā iesniegtajiem pierādījumiem, konstatē, ka pirmās instances tiesas spriedumā ietvertais faktu konstatējums un tiesību normu interpretācija, kā arī secinājums, ka minēto divu operāciju rezultātā pieteicējam kaitējums veselībai nav radies ārsta darbības vai izvēlētās ārstniecības metodes rezultātā, ir pareizs, tādēļ Administratīvā apgabaltiesa saskaņā ar Administratīvā procesa likuma 307.panta ceturto daļu pievienojas pirmās instances tiesas sprieduma motīviem, tos neatkārtojot.

[11] Kā ir norādījis pieteicējs pieteikumā tiesai, viņš 2016.gada 27.septembrī guva labās plaukstas rādītājpirksta traumu, ielaižot roku elektriskajā ēvelē. Rezultātā tika izrauti rādītājpirksta mīkstie audi, atliecēja cīpsla, skarta locītava pirksta mugurējā daļā, līdz ar to pieteicēja apelācijas sūdzībā izteiktais apgalvojums, ka pieteicējam nav bijusi tik smagi bojāta distālā starpfalangu locītava, lai varētu uzskatīt, ka tās funkcionalitāte nebūs atjaunojama, vērtējams kritiski.

Apgabaltiesas kritiskā vērtējuma pamatā ir pieteicēja ārstējošā ārsta /pers. D/ pēc pieteicēja gūtās traumas apskates konstatētais, ka pieteicējs 2016.gada 27.septembrī plkst.17.09 iestājās ar labās rokas II pirksta dragātu ievainojumu, ko guvis, strādājot ar ēveli. Apskatot traumas vietu, tika konstatēts, ka ir labās rokas II pirksta dragāts ievainojums DIP locītavas dorsālajā daļā ar mīksto audu, atliecējcīpslas un locītavas kapsulas defektu, kaula marginālu defektu mediālai un distālai falangai

[12] Arī VSIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" 2017.gada 2.novembra atzinumā par pieteicēja veselības aprūpes kvalitāti vērtēja pieteicēja gūtās traumas smaguma pakāpi, konstatējot atliecējcīpslas pilnu traumatisku zudumu (defekts), ādas zudumu (defekts) un zemādas defektu. Pēc apraksta spriežot, pacientam bija arī margināls kaula defekts. Arī pieteicēja Rokas un plastiskās ķirurģijas nodaļas pacienta medicīniskajā kartē Nr.53325-2016 fiksēts, ka pieteicējs 2016.gada 27.septembrī stacionēts akūtā kārtā. Traumu guvis, strādājot ar ēveli, pieteicējam tika noteikta klīniskā diagnoze: dragāta brūce labās plaukstas II pirkstā ar mīksto audu defektu. Pieteicējam tika veikta atliecējcīpslas plastika, fiksēta distālā falangeālā locītava ar stiepli, defekts slēgts ar *crosfinger* lēveri no blakus pirksta, veikta autodermoplastika. Pēcoperācijas periods bez sarežģījumiem.

Pieteicēja pārstāvis, kaut gan ir ārsts, nav redzējis pieteicēju ievainojuma gūšanas brīdī un 2016.gada 27.septembrī pirms operācijas veikšanas, līdz ar to viņa apgalvojumiem par pieteicēja gūtās traumas raksturu ir sekundāra informācijas avota daba, jo ziņas par faktiem viņš nav guvis tiešā veidā, bet gan pastarpināti.

[13] /pers. D/ paskaidrojis, ka gadījumos, kāds ir bijis pieteicējam, ir faktiski divi risinājumi – ja netiek veikta mīksto audu defekta rekonstrukcija ar lēveri, tad ir jāveic distālās falangas amputācija, kā rezultātā pacientam ir kosmētisks defekts, bet plaukstas funkciju tas nekādā veidā nepasliktina. Otrs risinājums ir rekonstruēt pirkstu. Ņemot vērā traumas smagumu, pacients tika informēts, ka labākais risinājums ir veikt nevis locītavas fiksāciju un cīpslas rekonstrukciju, bet veikt DIP locītavas artrodēzi, jo tas nodrošina labu, paredzamu rezultātu, un, visticamāk, ņemot vērā traumas smagumu, pacients pie šāda risinājuma nonāks ilgākā laika posmā pēc operācijas, taču pacients uzstāja, lai tiek saglabāta locītava.

Kā izriet no 2017.gada 10.janvāra izraksta no SIA „/ nosaukums o/ ” pieteicējam atzinumā sniegtajām rekomendācijām, pieteicējam tika ieteikta II pirksta DIP operatīva terapija – artrodēze un fiksācija ar skrūvi. Tā kā 2017.gada 10.janvārī pieteicējam bija izteikts kustību ierobežojums II pirksta PIP (proksimālā starpfalangu locītavā), kas būtiski ierobežo pirksta funkcionalitāti, pieteicējam ieteikts veltīt vienu mēnesi aktīvai kustību izstrādei, rētaudu mobilizācijai un pēc tam ieteikts plānot DIP fiksāciju – artrodēzi.

Minētais SIA „/nosaukums o/ ” ieteikums pilnībā sakrīt ar /pers. D/ pieteicējam ieteikto ārstēšanas plānu – veikt nevis locītavas fiksāciju un cīpslas rekonstrukciju, bet veikt DIP locītavas artrodēzi, jo tas nodrošinātu labu un paredzamu rezultātu.

Kā pamatoti pieteicējam skaidrojis /pers. D/, ņemot vērā traumas smagumu, pieteicējs pie šāda risinājuma nonāks ilgākā laika posmā pēc operācijas, kas ir apstiprinājies arī praksē, jo artrodēze pieteicējam tika veikta 2017.gada 20.februārī, tikai citā klīnikā.

Ievērojot, ka pieteicējs pēc ārsta piedāvātajām alternatīvajām iespējām pats izvēlējies, lai viņam tiktu veikta locītavas fiksācija un cīpslas rekonstrukcija, nav pamatots apelācijas sūdzības 4.2.punktā norādītais, ka pieteicējam jau sākotnēji bija jāveic locītavas artrodēze.

[14] /pers. D/ paskaidrojis inspekcijai, lai saglābtu pirksta distālo falangu, tika veikta pagaidu DIP locītavas fiksācija ar transartikulāru metāla fiksatoru, atliecējcīpslas rekonstrukcija, veicot cīpslas plastiku, un mīksto audu rekonstrukcija, izmantojot deepitelizētu pārkrustoto lēveri no III pirksta, donorvietas slēgšana ar ADP (transplantāta ņemšana, defekta slēgšana – skaidrojums interneta vietnē www.aslimnica.lv).

/pers. D/ arī sniedza argumentāciju uz pieteicēja pārstāvja apgalvojumiem, ka pieteicējam veiktajā operācijā tika izmantots „neadekvāts aprīkojums un implants”, apstiprinot, ka gan injekcijas adatas, gan Kiršnera stieples tiek plaši pielietotas pasaulē kā pagaidu transartikulāri metāla fiksatori, un abus var ievadīt gan manuāli, gan ar spēka instrumentu. Tāpat apgalvojums, ka vispirms ED cīpsla (rādītāja pirksta *E D* cīpsla nodrošina atliekšanas funkciju – skaidrojumu skatīties interneta vietnē https://www.rsu.lv/sites/default/ files/dissertations/Dzintars_Ozols_Promocijas_darbs-rev.pdf) ir šūta un tikai tad fiksēta locītava, ir /pers. I/ tendencioza faktu interpretācija, jo pie šādas traumas, nefiksējot locītavu, cīpslas šuve tehniski nav iespējama.

[15] Apgabaltiesas iepriekš minētais kopsakarā ar pirmās instances tiesas atzīto nozīmē, ka problēmas ar labās rokas pirkstu kustīgumu pieteicējam ir radušās tādēļ, ka pieteicējs 2016.gada 27.septembrī guva labās plaukstas rādītājpirksta traumu, ielaižot roku elektriskajā ēvelē. Minētās traumas seku likvidācijai augsti kvalificēts sertificēts rokas un plastikas ķirurgs /pers. D/ ir veicis pieteicējam neatliekamu operāciju – sadragātā pirksta rekonstrukciju, saņemot pieteicēja piekrišanu un ievērojot pieteicēja vēlmi saglabāt pirksta galu un DIP locītavu.

Tas nozīmē, ka veselības problēmas labās rokas pirkstu kustīgumā pieteicējam saistītas ar gūto traumu, taču nav radušās ārstniecības personas neprofesionālas rīcības dēļ, līdz ar to pieteicēja arguments par ārstniecības personu vainu viņa darbspēju zudumā atzīstams par nepamatotu.

[16] Pieteicējs apelācijas sūdzībā argumentē, ka ārsts vai ārstniecības iestāde nenodrošināja pārbaudi, lai pēc veiktajām manipulācijām pārliecinātos, ka manipulāciju laikā nav izmainīta distālās starpfalangu locītavas anatomija, bet tā vietā pieteicējs tika izrakstīts no slimnīcas.

/pers. D/ ir paskaidrojis, ka pagaidu DIP locītavas fiksācija ar transartikulo metāla fiksatoru tika veikta tiešā redzes kontrolē, un ņemot vērā, ka tā ir pagaidu, tad *Rtg* kontrole nav indicēta.

Ievērojot, ka pieteicējam otrās operācijas laikā 2016.gada 20.oktobrī netika konstatēts, ka būtu izmainīta distālās starpfalangu locītavas anatomija, apgabaltiesa nesaskata pārkāpumu pieteicējam nodrošinātajā medicīniskajā aprūpē saistībā ar neveikto *Rtg* kontroli laika posmā no 2016.gada 27. līdz 28.septembrim.

Turklāt, kā norāda plastikas un rokas ķirurģe /pers. J/, *Rtg* veikšana ir nepieciešama, ja pacients izjūt sāpes. Pieteicējam sāpes, izrakstot viņu 2016.gada 28.septembrī no stacionāra „Gaiļezers”, nav bijušas, pacients juties labi, sūdzības neatzīmē. Veikta pārsiešana. Brūce dzīst primāri. Sakarā ar stabilu vispārēju lokālu stāvokli pieteicējs ticis izrakstīts tālākai ambulatorai terapijai.

[17] Pieteicējs apelācijas sūdzībā uzsver, ka inspekcijas atzinums satur nepilnīgu medicīnas dokumentu analīzi, bet nesatur pacienta ārstēšanas gaitu un tās atbilstību konstatētajai saslimšanai un pielietotās ārstēšanas metodes atbilstību.

Apgabaltiesa konstatē, ka atzinums satur detalizētus medicīniskās dokumentācijas ierakstus pieteicēja norādītajā posmā, ārstēšanas gaitu, ārstniecības personu paskaidrojumus, kā arī secinājumus. Tas vien, ka ārstu secinājumi nesakrīt ar pieteicēja pozīciju, nevar būt pamats atzinuma pamatotības apšaubīšanai.

[18] Pieteicējs apšauba atzinumu arī tā apsvēruma dēļ, ka tajā netika analizēta medicīniskā literatūra pietiekamā apjomā. Apgabaltiesa šādam viedoklim nepiekrīt, jo atzinumā ir atsauces uz speciālo literatūru. Apgabaltiesa uzskata, ka primārais izpētes un analīzes objekts atzinuma sagatavošanā ir pieteicēja veselības stāvokli un veikto manipulāciju fiksējošie ieraksti. Pacienta veselības stāvoklis ir atkarīgs no vairāku faktoru vienlaicīgas ietekmes, un faktiski nevar būt divu identiski aprakstītu standarta situāciju medicīniskajā praksē un arī literatūrā. Tā, piemēram, konkrētajā gadījumā tika konstatēts, ka pieteicējam ir diagnosticēta arī ģenētiski noteikta imūna saslimšana (psoriāze), kas iespaido arī dažāda veida brūču dzīšanu, līdz ar to prognozēt, kā pieteicēja iegūtās traumas rezultātā bojātie audi sadzīs, var tikai provizoriski.

Tas nozīmē, ka pieteicēja pārstāvja kategoriskie apgalvojumi par to, kā klasiski katrs ārstēšanas posms varētu noslēgties, ir vērtējami kritiski. Pieteicējam neatliekamo palīdzību laika periodā no 2016.gada 27.septembra līdz 28.septembrim un otrā posma operāciju 2016.gada 20.oktobrī nodrošināja /pers. D/, kurš Latvijā ir pazīstams kā mikroķirurgs, kas, citastarp ir piedalījies Latvijā pirmoreiz veiktajā pilnas sejas rekonstrukcijas operācijā (*https://www.aslimnica.lv/lv/jaunumi/glabjot-pacienta-dzivibu-pirmoreiz-latvija-mikrokirurgi-veic-pilnu-sejas-rekonstrukciju*), kas liecina par viņa kā ārsta neapšaubāmu profesionalitāti. Ievērojot, ka /pers. D/ pieteicējam sniegtajā veselības aprūpē pārkāpumus vai nepilnības nav konstatējis neviens lietā pieaicinātais ārsts, secināms, ka pieteicēja pārstāvja vienpusējie apgalvojumi par pārkāpumiem pieteicēja veselības aprūpē bez attiecīgajiem pierādījumiem, kas to apstiprinātu, nevar tikt atzīti par pamatotiem. Tāpat nav pamatotas pieteicēja apelācijas sūdzības 5.punktā izteiktas pretenzijas, ka /pers. D/ pieteicējam nav nodrošinājis atbilstošu fizioterapiju un rehabilitāciju, jo /pers. D/ periodā no 2016.gada 27.septembra līdz 28.septembrim un no 2016.gada 20.oktobra līdz 21.oktobrim veicis pieteicējam nepieciešamās operācijas, kas ir /pers. D/ specializācija. Fizioterapijas un rehabilitācijas pakalpojumi ir citas specialitātes ārsta joma. Kā pamatoti konstatēja pirmās instances tiesa, pieteicējs pie rehabilitologa vērsies 2016.gada 15.novembrī, un pieteicējam tika sastādīts individuāls rehabilitācijas plāns.

[19] Apelācijas sūdzībā ir norādīts, ka pastāv pretrunas /pers. D/ ierakstos slimības vēsturē un paskaidrojumos attiecībā uz implantu, kas tika pielietots DIP locītavas nostiprināšanai.

Apgabaltiesa konstatē, ka primārais dokuments, no kā var konstatēt 2016.gada 27.septembrī pieteicējam veiktās operācijas apstākļus, ir operācijas apraksts, kas satur turpmākos faktus. Operācija: defekta slēgšana, cīpslas plastika. Operēja dr./pers. D/. Lokālā anestēzijā veikta *n.medianus, n.ulnaris, n.radialis* anestēzija. Veic nekrektomiju. Konstatē, ka ir distālā daļā atliecējcīpslu defekts, mīksto audu defekts. Veic cīpslu rekonstrukciju, paņemot cīpslas transplantātu, to rotē un šuj transosāli. Ievada injekcijas adatu DIP locītavā, mīksto audu defektu slēdz ar detalizētu *krosamir* lēveri no blakus pirksta. Ādas defektu slēdz ar pilna biezuma ādu no plaukstas locītavas apvidus. Hemostāze. Ādas šuves. Aseptisks pārsējs. Ģipša longete.

No minētā apraksta secināms, ka 2016.gada 27.septembrī veiktās operācijas laikā pieteicēja DIP locītavas nostiprināšanai tika pielietota injekcijas adata. Tam, ka citos dokumentos ir minēts cits implanta nosaukums, nav nozīmes, jo kļūdas atvasināto dokumentu noformēšanā nav uzskatāmas par kļūdām personai sniegtajā veselības aprūpē.

Uz pieteicēja argumentu, ka būtu vērtējama šāda veida implanta pielietošanas atbilstība normatīvajiem aktiem, norādāms, ka Latvijas normatīvie akti nenosaka metodes DIP locītavas nostiprināšanai, tāpat Klīnisko vadlīniju datu bāzē nav vadlīniju, kādi pagaidu transartikulāri metāla fiksatori būtu pielietojami bojātu locītavu nostiprināšanai, minētais ir apstiprināts arī VSIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca" 2017.gada 2.novembra atzinumā, līdz ar to konkrēta implanta izvēle ir atkarīga no ārstniecības personas pieredzes un faktisko apstākļu redzējuma.

[20] Apgabaltiesa izvērtēja visus pieteicēja izvirzītos argumentus un, ņemot vērā Senāta judikatūrā nostiprinātās atziņas, ka tiesas pienākums nav detalizēti atbildēt uz jebkuru argumentu un ka tiesai ir atļauts izvērtēt argumentus, kurus tā uzskata par nozīmīgiem no tiesību viedokļa (*Senāta 2010.gada 11.marta sprieduma lietā SKA-66/2010 14.punkts, 2012.gada 21.februāra rīcības sēdes lēmuma lietā SKA-186/2012 10.punkts*), atsevišķi nevērtēs pārējos apelācijas sūdzības argumentus, tostarp par *Doyle* klasifikācijas īpatnībām, jo tam, pēc kuras klasifikācijas sistēmas pieteicēja gūtā trauma tika vērtēta, nav nozīmes. Tāpat nav nozīmes arī informācijai par operāciju zālē pieejamo inventāru, un tas nevar ietekmēt sprieduma rezultātu kopumā.

Rezolutīvā daļa

Pamatojoties uz Administratīvā procesa likuma 307. un 309.pantu, Administratīvā apgabaltiesa

nosprieda

noraidīt /pers. A/ pieteikumu par atlīdzības par viņa veselībai nodarīto kaitējumu (arī morālo kaitējumu) 85 374 *euro* apmērā no Ārstniecības riska fonda piešķiršanu.

Spriedumu var pārsūdzēt Senāta Administratīvo lietu departamentā viena mēneša laikā no sprieduma

sastādīšanas dienas, iesniedzot kasācijas sūdzību Administratīvajā apgabaltiesā.

Tiesnese referente	I.Kaļiņina
Tiesnesis	M.Birzgalis
Tiesnese	R.Paegle